



الفبای ایدز

سیر طبیعی عفونت و حدود آن

لنفای و گلودرد میگرده. در این هنگام آنسفالیت حاد بر گشت پذیر همراه با اختلال در شناسائی زمان و مکان، از دست دادن حافظه، اختلالات شخصیتی و هوشیاری، مننژیت حاد، بیماریهای نخاعی و بیماریهای اعصاب را نیز شرح داده‌اند. احتمالاً کلیه افرادیکه تغییرات سرولوژیکی مثبت دارند به سمت عفونت مزمن پیشرفت نخواهند کرد و شاید این افراد وارد مرحله پنهانی عفونت مزمن نیز نشوند. با این وجود برای احتیاط بهتر است چنین فرض شود که علیرغم پنهان بودن علائم بیماری، شخص هنوز آلوده به عفونت است. پیدایش و توسعه آزمایشات دقیق‌تر به تشخیص درست یا نادرست بودن این مطلب کمک خواهد کرد. جواب مثبت آزمایش آنتی HIV، فقط دلالت بر تماس

عفونت ناشی از ویروس ایدز، سیمای بالینی گسترده‌ای دارد که میتواند از تغییرات سرولوژیکی حاد تا مراحل ظهور بیماری (که ممکن است سالها بعد بروز کند) متفاوت باشد. عفونت ممکن است با یا بدون علامت باشد. پس از اولین تماس با ویروس، عفونت معمولاً بدون علامت بوده و ممکن است حدود ۶ هفته بعد علائم ظاهر شوند. نشانه‌ها غالباً غیر اختصاصی است. در موقع تغییرات سرولوژیکی حاد، یک بیماری شبیه تب غده‌ای عارض شخص می‌شود که بیمار طی آن دچار تب، بیقراری، بیحالی، درد عضلانی، درد و تورم مفاصل، تورم غدد

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

شخص با ویروس دارد ولی کسب ایمنی طبیعی در مقابل ویروس را مشخص نمیکند.
عفونت مزمن نیز ممکن است بدون علامت

○ اخیراً مشاهده شده است که قبل از ابتلاء کامل بیمار به ایدز، بیماریهای سیستم عصبی محیطی، بیماریهای نخاعی و آنسفالوپاتی در افراد بروز می کند.

باشد. خصوصیات بالینی شامل کاهش گلبولهای خونی، پیدایش عفونتهای فرصت طلب جزئی، ضایعات جلدی، تورم غدد لنفاوی و مجموعه عوارض وابسته به ایدز (AIDS Related Complexes, ARC) اخیراً مشاهده شده است که قبل از ابتلاء کامل بیمار به ایدز، بیماریهای سیستم عصبی محیطی، بیماریهای نخاعی و آنسفالوپاتی در افراد بروز میکنند.

تست مثبت آزمایشگاهی نشان دهنده موارد زیر است:

- ۱- تماس با ویروس
 - ۲- عفونت پایدار
 - ۳- عفونت زائنی
- ولی دلالت بر ایدز نمیکند

تغییرات سرولوژیک بیماری ایدز
بیماری شبیه تب غدهای
مننژیت و یا آنسفالیت حاد
نوروپاتی و یا میلوپاتی حاد

تورم عمومی پایدار غدد لنفاوی:

تورم غدد لنفاوی موجود در عفونتهای مزمن بنام سندرم تورم عمومی و پایدار غده لنفاوی - (persistent Generalised Lymphadenopathy, PGL) خوانده میشود. این عارضه بصورت زیر تعریف شده است:

بزرگ شدن غدد لنفاوی حداقل به ابعاد یک سانتیمتر که در دو یا چند محل (بصورت جداگانه) بجز کشاله ران، حداقل بمدت ۳ ماه در شرایط عدم ابتلاء به بیماری خاصی یا عدم مصرف داروی شناخته شده ای که موجب بزرگ شدن این غدهها بشود باقی بمانند. بزرگی غدهها بصورت متقارن بوده و اغلب آنهائی بزرگ می شوند که در زنجیره لنفاوی قدامی و خلفی گردن زیر فک قرار دارند. قسمتهای دیگری از بدن که این غدهها کمتر بچشم میخورند شامل نواحی زیر مجرای خروجی ادرار، پشت گوشی، قسمت داخلی برآمدگی انتهای استخوان بازو و

مطالعات پیش بینی شده تورم عمومی و پایدار غدد لنفاوی		
توسعه ایدز	مدت پیگیری (برحسب ماه)	عده بیماران
تعداد درصد		
۱۹	۸	۴۲
۲۹	۱۲	۴۲
۱۷	۱۵	۹۰
۰	۰	۷۰
۸	۱۶	۲۰۰
۱۳	۱۳	۱۰۰

جدول (۱)

خلف صفاقی می باشد. همچنین حدوداً در $\frac{1}{3}$ از بیماران بزرگی طحال قابل لمس است. در بیوسی غده لنفی، ابتدا هیپرپلازی خوش خیم فولیکولار و بدنبال آن بازگشت فولیکولها

بحالت عادی دیده میشود. غالباً احتیاجی به انجام چنین بیوپسی‌هایی نیست.

در چند مطالعه، گروه‌هایی از بیماران مبتلی به سندرم تورم عمومی و پایدار غدد لنفاوی که بمدت چند سال تحت بررسی و پیگیری بودند، نسبت افرادی که در آنها این سندرم تا بیماری ایدز پیشرفت کرد بین ۱۰-۳۰٪ متغیر بود. اما هر چه مدت پیگیری طولانیتر باشد این نسبت افزایش مییابد. (جدول ۱)

مجموعه علائم وابسته به ایدز (ARC):

بیمارانی که دارای بعضی از علائم و نشانه‌های اساسی بیماری ایدز بوده ولی فاقد عفونتهای فرصت طلب و تومورهای مربوط به مرحله آخر بیماری هستند، تحت عنوان افرادی که دارای مجموعه علائم وابسته به ایدز میباشند (ARC) تعریف شده‌اند (جدول شماره ۲) این اصطلاح طیف وسیعی از بیماریها را دربرمیگیرد. در حال حاضر که تست آنتی‌بادی انجام میگردد، شناسائی علائم فوق کاربرد زیادی را در تشخیص بیماری ندارد. اما این علائم میتواند در تشخیص بعضی از بیماران بد حال که احیاناً عده‌ای از آنها نیز دچار ایدز کامل میشوند به پزشک کمک کند. در فصول بعد معیارهای بالینی مفیدتری برای ارزیابی پیش آگهی این بیماران ذکر خواهد شد. نهایتاً یک سری از عفونتهای فرصت طلب مختصر و موارد جلدی میتواند همراه با عفونتهای مزمن HIV ظاهر شوند که شامل درماتیت سوره‌ایک،

مجموعه علائم وابسته به ایدز (ARC) در فردیکه ۲ نشانه یا بیشتر از علائم زیر را بمدت سه ماه یا طولانیتر به‌مراه ۲ علامت یا بیشتر از معیارهای آزمایشگاهی را دارا باشد تشخیص داده میشود.

علائم و نشانه‌ها:

- تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد و یا بیشتر که بطور متناوب و یا مداوم وجود داشته باشد.
- کاهش وزن بدن تا بیشتر از ۱۰٪.
- تورم عمومی و پایدار غدد لنفاوی.
- اسهال متناوب و یا مداوم.
- خستگی مفرط که موجب کاهش فعالیت بدنی شود.
- عرق شبانه.

معیارهای آزمایشگاهی:

- کاهش لنفوسیتها، گلبولهای سفید و ترمبوسیتها.
- کم خونی.
- کاهش نسبت CD4/CD8 (بیشتر از ۲SD)
- کاهش سلولهای T.Helper (بیشتر از ۲SD)
- کاهش بلاستوزنز.
- افزایش گاما گلوبولین‌ها.
- از دست رفتن قدرت طبیعی پوست.

جدول (۲)

Hairy Leukoplakia و همچنین عفونتهای ویروسی، قارچی و باکتریائی میباشد که بعداً به تفصیل بحث خواهد شد.

پیشرفت بیماری:

تا ۵ سال و حتی بیشتر متغیر است. و بطور کلی دوره نهفتگی بیماری را بین ۲/۵ - ۱۱ سال دانسته‌اند بعضی خصوصیات بالینی و نشانه‌های آزمایشگاهی وجود دارند که برای پیشگویی

تمامی افرادی که به HIV آلوده میشوند دچار ایدز نخواهند شد. مطالعات مشترک انجام شده تا حدودی سیر طبیعی بیماری را نشان داده

شکی نیست که هرچه دوره بازبینی سیر طبیعی بیماری طولانی‌تر باشد، نسبت افرادی که در آنها تغییرات سرولوژیکی مثبت به طرف ایدز پیشرفت می‌کند بیشتر میشود که دوره نهفته چنین پیشرفتی از ۲/۵ تا ۵ سال و حتی بیشتر متغیر است. ولی بطور کلی دوره نهفتگی بیماری را بین ۲/۵ تا ۱۱ سال دانسته‌اند.

اینکه احتمال پیشرفت کدام دسته از بیماران آلوده به HIV بطرف ایدز بیشتر است مفید واقع میشوند و این موضوع در مباحث بعد ذکر خواهد شد.

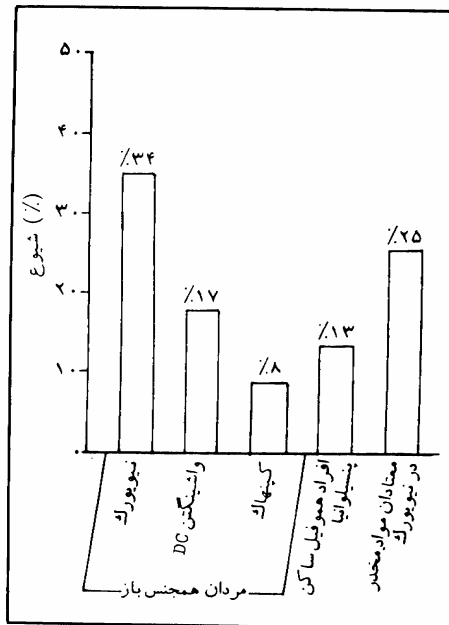
عقوت‌های فرصت طلب و تومورها:

دو مورد از تظاهرات بالینی بیماری ایدز عبارت از پیدایش تومورها و ابتلاء به گروهی از بیماریهای فرصت طلب میباشد. سار کومای کاپوزی اولین و شایعترین تومور توصیف شده است. اما در حال حاضر تومورهای دیگری نیز گزارش شده‌اند که این تومورها شامل لنفومای غیر هوچکینی (معمولاً خارج گره‌ای) و کار-سینومای تفلسی دهان و راست روده - مقعدی میباشد. در ایالات متحده آمریکا و انگلستان اکثر بیماران، عمدتاً علائم عفونت ذات‌الریه ناشی از پنوموسیستیس کارینثی و بدنبال آن سایر عفونت‌های فرصت طلب و سار کومای کاپوزی را نشان میدهند (جدول ۳).

است. بررسی آماری که بر روی ۵ گروه از بیماران و بمدت ۳ سال انجام شده (شکل الف) نشان میدهد که میزان پیشرفت عفونت HIV بطرف AIDS متغیر است بطوری که این تغییرات از ۸٪ در مردان همجنس‌باز دانمارکی تا ۳۴٪ در مردان همجنس‌باز نیویورکی متفاوت بوده است. همچنین در نیویورک مصرف کنندگان مواد مخدر وریدی با سرعت زیادی بطرف ایدز پیش می‌روند. در بعضی از گروهها، اختلاف در میزان پیشرفت بیماری احتمالاً بدلیل وجود بعضی عوامل بیماری‌زا بوده است.

همچنین این موضوع حقیقت دارد که بعضی از افراد مورد مطالعه، بیش از ۳ سال به ویروس آلوده بوده‌اند، بهر حال شکی نیست که هر چه دوره بازبینی سیر طبیعی بیماری طولانی‌تر باشد، نسبت افرادی که در آنها تغییرات سرولوژیکی مثبت بطرف ایدز پیشرفت میکند بیشتر میشود. دوره نهفته چنین پیشرفتی از ۲/۵

از آنجا که عفونت HIV میتواند خود را بصورت‌های گوناگون از جمله عفونت بدون علامت تا ایدز کاملاً آشکار نشان دهد، لذا



شکل (الف) شیوع ۳ ساله ایدز در ۵ گروه

طیف عفونت با HIV را به چهار گروه تقسیم‌بندی کرده‌اند. (شکل ب). عفونتهای فرصت طلب مختلفی که همراه با ایدز می‌باشند بر روی تمام سیستم‌های مختلف بدن اثر می‌گذارند. ذات‌الریه ناشی از پنوموسیستیس کارینی شایعترین عفونت فرصت طلبی است که تظاهرات آن در بیماران مبتلی به ایدز هم در ایالات متحده آمریکا و هم در انگلستان دیده میشود. البته در بیماران مبتلی به ایدز، ارگانسیم‌های دیگری هم میتوانند موجب ذات‌الریه شوند. از جمله:

۱- باکتریائی (هموفیلوس انفلوانزا،

استرپتوکوکوس پنومونیا، بارهاملاب کاتارهایلیس، استرپتوکوکهای گروه B و مایکوباکتریئا)

۲- ویروسی (سیتومگالوویروس و تب خال ساده)

۳- قارچی (کریپتوکوکوس)

عفونتهائی نیز بروز میکنند که بر سیستم اعصاب مرکزی اثر می‌گذارند. ارگانسیم‌های مؤثر در آن عبارتند از:

۴- پروتوزوئر (توکسوپلاسما)

۵- ویروسی (سیتومگالوویروس و تب خال ساده)

۶- باکتریائی (مایکوباکتریئا)

۷- قارچی (آسپرژیلوس، کاندیدا، کریپتوکوکوس)

بالاخره دستگاه گوارش نیز میتواند بوسیله میکروارگانسیمهای زیر مبتلی به عفونت شود:

۱- پروتوزوئر (کریپتوسپوریدیوم، ایزوسپورابلی و میکروسپوریدیا)

۰ عفونتهای HIV را هنوز هم عمدتاً محدود به گروه‌های ویژه‌ای از افراد میدانند و بیماران را باید وقتی در معرض خطر ابتلاء در نظر گرفت که بیشتر سابقه ارتباط جنسی و مصرف مواد مخدر داشته باشند.

۲- ویروس (سیتومگالوویروس - تب خال ساده)

۳- قارچی (مخصوصاً کاندیدا)

۴- باکتریائی (مایکوباکتریوم آویوم بین

سلولی، میکوبا کتریوم توپر کولوزیس و سالمونلا)

در افریقا بیماران مبتلی به ایدز ممکن است علاوه بر سار کومای کاپوزی، دچار سندرم اسهال کشنده (بیماری Slim) و عفونتهای فرصت طلب شوند. این عفونتها بیشتر بعلت

نشانه‌های دوره نهفتگی کوتاه بیماری ایدز باشند و احتمالاً افرادی که پس از دوره نهفتگی طولانیتر به ایدز مبتلی میشوند دارای تظاهرات بالینی دیگری خواهند بود. بنظر میرسد که با پیدایش تظاهرات بالینی جدیدتر مانند تومورها یا بیماریهای عصبی این موضوع در حال تأیید

ارگانیزم های معمولی			نظارات بالینی	علائم
فارچی	باکتریائی	ویروسی		
کریپتوکوکوس	میکوبا کتربا، استریپتوکوکوس پنومونای گرم منت، هموفیلوس انفلوانزا، یاز هاملاکانارالینس، استریپتوکوکوس گروپ B	سینوماگالوویروس، تب خال ساده	پرئورآ، دات‌الریه‌اشی از پنوموسیستیس کارینی	رئه
آسپریلوس، کریپتوکوکوس، کاندیدا	میکوبا کتربا	سینوماگالوویروس، ویروس تب خال ساده، لوکوآنسفا، لویاتی چندکانوسی پیشرونده (پایو و اویروس)	توکسوپلازما	منزبت، آنسفالیت و علائم موضعی
کاندیدا	میکوبا کتربوم، آویوم بین سلولی، میکوبا کتربوم، توپرکولوزیس، سالمونلا	سینوماگالوویروس، ویروس تب خال ساده	کریپتوسپوریدیوم، ایزوسپوراللی، میکروسپوریدا	اختلال بلع، اسهال با حجم زیاد، اسهال خونی و ورم روده بزرگ
		شامل تمام عوامل بیماریزا و عفونتهای موضعی و یا منتشر		تب، کاهش وزن یا بدون نورم عدد لئفاوی

جدول ۳- علائم عفونتهای فرصت طلب

باشد. موارد دیگری نیز در حال حاضر بعنوان بخشی از مرحله آخر بیماری تشخیص داده میشوند که شامل پنومونی لنفوئید بین بافتی، ورم کبد گرانولوماتوز و بیماریهای روده‌ای میباشد.

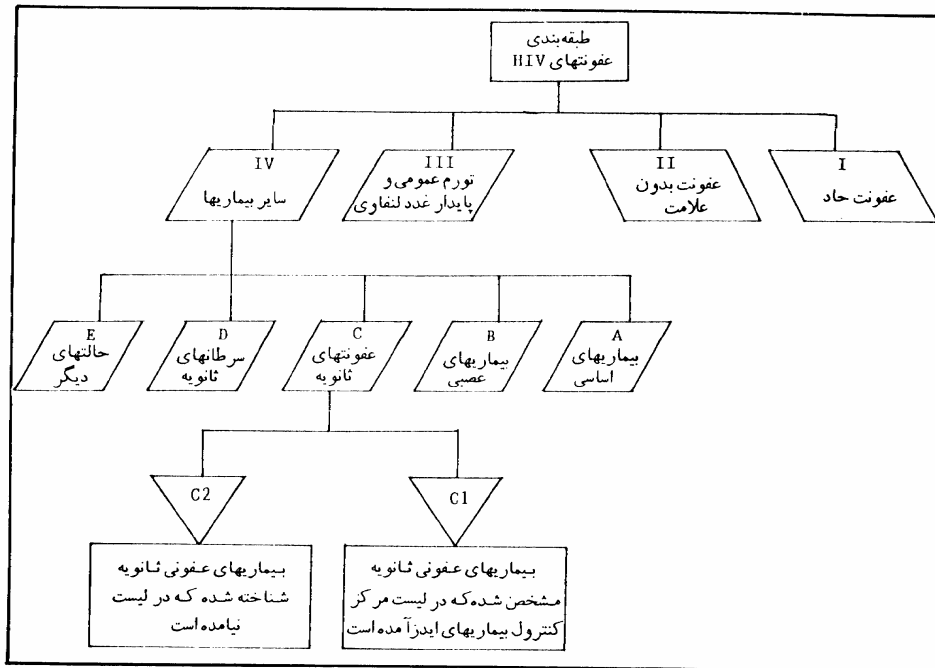
متوسط عمر بیماران پس از تشخیص ایدز با توجه به تظاهرات موجود بیماری متغیر است.

بیماریهای آندمیک آن قاره مانند سل، کریپتوکوکوس و کریپتوسپوریدیوزیس میباشد.

طیف بالینی بیماری ایدز همواره در حال گسترش است. علائمی مانند سار کومای کاپوزی و پنومونی پنوموسیستیس کارینی که در مراحل اولیه شرح داده شده‌اند ممکن است

عفونت از تغییرات سرولوژیکی مثبت بدون علامت تا ایدز می‌باشد که در فصل قبل اشاره شد. در آینده بسیاری از پزشکان در رشته‌های مختلف پزشکی بصورت فزاینده‌ای باید مراقب بیمارانی باشند که در تمام مراحل بیماری خود آزمایش آنتی HIV مثبت داشته‌اند و در مورد کنترل و رسیدگی مناسب این بیماران بناچار

در امریکا طول عمر بیماران را پس از ابتلاء به پنومونی پنوموسیستیس کاربئی حدود ۹ ماه و برای بیمارانی که از سارکوما کاپوزی رنج می‌برند حدود ۳۱ ماه تخمین می‌زنند. در انگلستان این وضعیت مشابه بوده و متوسط عمر ۱۲/۵ ماه پس از ابتلاء به پنومونی پنوموسیستیس ریبئی و ۲۱ ماه برای بیماران



شکل (ب)

بایستی تصمیم مقتضی اتخاذ نمایند.

مبتلا به سارکوما کاپوزی می‌باشد.

کنترل عفونت اولیه HIV:

اکثر بیمارانی که به HIV آلوده میشوند مبتلی به بیماری نیستند. در واقع تشخیص بسیاری از بیمارانی که مبتلی شده‌اند فقط از طریق آزمایش خون داده شده است. محدوده

عفونت حاد:

تظاهرات بالینی، تغییرات سرولوژیکی حاد ناشی از HIV، شامل بیماری شبه تب غده‌ای، آنسفالوپاتی، مننژیت، میلوپاتی یا نوروپاتی می‌باشد. عفونتهای HIV را هنوز هم عمدتاً

محدود به گروه‌های ویژه‌ای از افراد میدانند و بیماران را باید وقتی در معرض خطر ابتلا در نظر گرفت که بیشتر سابقه ارتباط جنسی و مصرف مواد مخدر داشته باشند. از آنجائیکه

عفونت حاد

- آنسفالوپاتی
- مننژیت
- میلوپاتی
- نوروپاتی

اخیراً اهداکنندگان خون در انگلستان، از لحاظ عدم آلودگی به HIV مورد آزمایش قرار میگیرند، احتمال آلودگی بیمارانی که از خون و یا فرآورده‌های خونی ساخت انگلستان استفاده میکنند بسیار کم است. اگر آلودگی به HIV مشکوک باشد بایستی نمونه سرم مرحله حاد بیماری نگهداشته شده و با نمونه سرم بیمار پس از بهبودی با هم مقایسه شوند. مدت زمان لازم جهت پیدایش آنتی‌بادیهای ضد HIV دو هفته تا سه ماه پس از ابتلاء به عفونت میباشد.

قبل از اینکه نمونه‌های سرم برای تشخیص آنتی‌بادی HIV آزمایش شوند. باید با بیمار برای تشخیص احتمال بیماری صحبت کرد و بطور مختصر گرفتاریهای ناشی از مثبت بودن جواب آزمایش را برای وی توضیح داد. موارد زیادی از بیمارها هستند که میتوانند سندرم شبه تب غده‌ای ایجاد کنند بطوریکه بیماریهای مرتبط با HIV که تغییرات سرولوژیکی ایجاد مینمایند جزء معدودترین موارد شناخته آن

است. برای بیماری شبه تب غده‌ای تشخیص‌های افتراقی زیادی مطرح میشود (جدول ۴). آزمایشاتی که ممکن است کمک به تشخیص بیماری بکنند عبارتند: شمارش گلبولهای سفید، لام خون محیطی (لنفوسیت‌های نامشخص ممکن است در تمام مواردی که ویروسها موجب سندرم مونونوکلئوز میشوند از جمله HIV دیده شوند، همانطوریکه در توکسوپلاسموز هم دیده میشوند)، آزمایشات سرولوژیکی، نمونه برداری از گلو برای کشت میکروبی، آزمایش برای حذف احتمال عفونت با ویروس تب خال ساده و در صورت لزوم نمونه برداری (آسپیراسیون) از مغز استخوان هنگامیکه یک بیمار علائم آنسفالوپاتی را نشان میدهد، خصوصیات بالینی او ممکن است که عفونت

تشخیص افتراقی بیماری شبه تب غده‌ای	
موارد بیماری	آزمایشات
مونونوکلئوز عفونی	paul-Bunel
عفونت با سینتومگالوویروس	سرولوژی
سرخچه	سرولوژی
التهاب عمومی مخاط دهان ناشی از	
تب خال ساده	کشت HSV
عفونت با آدنوویروس	سرولوژی
تغییرات سرولوژی حاد ناشی از HIV	آنتی‌بادی HIV
توکسوپلاسموزیس	سرولوژیکی
فارنژیت استرپتوکوکی	کشت باکتریائی
لوسمی و لنفوم	شمارش کامل خون و آزمایش مغز استخوان

جدول (۴)

سیستم عصبی مرکزی و یا یک ضایعه اشغال کننده فضای مغز را مطرح سازد و بررسیهای لازم برای حذف ایندو احتمال [مانند توموگرافی (S.T.Scan) و آزمایشات

بر روی مایع مغزی نخاعی [ممکن است لازم باشد. سایر تظاهرات نورولوژیکی، تغییرات سرولوژیکی حاد از جمله مننژیت، بیماری سیستم عصبی و یا بیماری نخاعی بسیار بندرت اتفاق افتاده است که بعداً توضیح داده میشوند.

تورم عمومی و پایدار غدد لنفاوی (PGL): یکی از تظاهرات شایع عفونت مزمن با HIV، تورم غدد لنفاوی است که مشخصات آن قبلاً گفته شد. از آنجائی که دلایل زیادی برای تورم عمومی غدد لنفاوی وجود دارد بنابراین

علل شایع تورم عمومی غدد لنفاوی	
موارد بیماری	آزمایشات
عفونتها:	
I- باکتریایی	آزمایشات سرولوژیکی (تست هم آگلو-تیناسیون تریپنما پالیدوم و تست آنتی بادی تریپنما فلورسنت) تستهای سرولوژیکی
- سیفلیس	
- بروسلوز	
II- ویروسی:	
مونونوکلئوز عفونی	Paul-Bunell
(Epstein-Barr-Virus)	آنتی بادیها یا کشت CMV
- سیتومگالوویروس	سرولوژی
- هپاتیت A	سرولوژی
- هپاتیت B	سرولوژی
- سرخچه	سرولوژی
III- انگلی	
- توکسوپلازما	سرولوژی توکسوپلازما
تومورها:	
- لنفوما	شمارش کامل فرمول خونی
- لوسمی	بیوپسی غده لنفاوی
- غیره	-
متفرقه:	
- سارکوئیدوز	خصوصیات بالینی تست Kviem

جدول (۵)

چشم انداز سریع به آینده بیمارانی که تغییرات سرولوژیکی حاد در آنها اتفاق می افتد عالی است و لیکن احتمال خطر پیشرفت بیماری در آینده نامعلوم است. اگر چه این احتمال شبیه به احتمال پیشرفت بیماری در مورد افراد بدون علامت میباشد.

مسأله مورد طرح، تعیین تشخیص افتراقی و علل آن است. با این وجود اکثر علل دیگر تورم غدد لنفاوی با استفاده از علائم بالینی و یا آزمایشات اختصاصی (جدول ۵) میتوانند کنار گذاشته شوند. لذا وقتی که شخص بیمار علائم تورم غدد لنفاوی را نشان میدهد بایستی در ابتدای کار

سایر وسائل کنار گذاشته شوند.

در صورتی که بزرگ شدن غدد لنفاوی برای سه ماه یا بیشتر ادامه یابد، بایستی امکان انجام آزمایش آنتی بادی HIV را ارزیابی کرده و در این مورد با بیمار صحبت نمود. سوآلی که در این مورد اغلب پیش می آید اینست که در چه زمانی انجام بیوپسی غدد لنفاوی توصیه میشود. وقتی تورم غدد لنفاوی دارای انتشار مشخص بوده و بیمار از نظر آنتی بادی HIV مثبت باشد و همچنین سایر عوامل ایجاد کننده لنفادنوپاتی نیز کنار گذاشته شوند، نتایج حاصل از بیوپسی با اهمیت نخواهد بود زیرا حداکثر جواب بیوپسی نشان دادن یک هیپرپلازی واکنشی غیر اختصاصی است. بهر حال خصوصیات بالینی متعددی پیدا شده اند که برای تصمیم گیری در این مورد میتوانند سودمند باشند. این علائم شامل بزرگ شدن غیر متقارن و یا دردناک غدد لنفاوی، افزایش ناگهانی اندازه

مواردیکه بیوپسی غدد لنفاوی لازم است :

- ۱- وجود علائم اصلی اولیه
- ۲- غدد لنفاوی دردناک
- ۳- بزرگ شدن غیر متقارن غدد لنفاوی
- ۴- افزایش ناگهانی اندازه این غدد
- ۵- تورم غدد لنفاوی ناف ریه

جدول (۶)

غدد و علائم عمومی مثل تب، عرق شبانه، کاهش وزن و تورم غدد لنفاوی ناف ریه میباشند (شکل ج). علاوه بر موارد فوق جهت اطمینان خاطر بیمار و یا پزشک نیز میتوان اقدام

به بیوپسی غدد لنفاوی نمود (جدول ۶).

علائم اساسی اولیه :

علائم اصلی که همراه با عفونت HIV دیده میشوند شامل بدحالی، تب، عرق شبانه، کاهش وزن، و اسهال میباشد که احتمالاً بصورت متناوب در بسیاری از افراد آلوده ظاهر میشود. زمانی احتیاج به توجه بیشتر لازم میشود که تب یا اسهال بمدت بیشتر از یک ماه ادامه داشته و یا کاهش وزنی بمیزان ۱۰٪ وزن اولیه مشاهده شود که در اینگونه موارد کوششها بایستی صرف این امر شود که آیا ارگانسیم دیگری مسئول این عوارض بوده است یا خیر. این علائم بسیاری از بیماران را نگران و ناتوان میکند اما هنگامیکه هیچ علتی برای آن پیدا نمیشود، درمان با داروهای ضد تب و اسهال غالباً میتواند سودمند باشد.

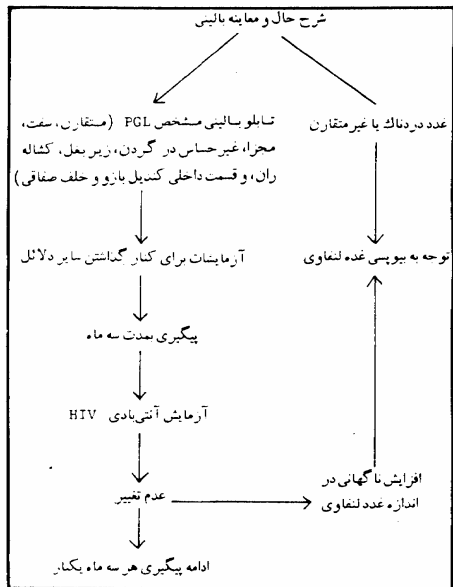
قبل از کشف HIV بعنوان عامل اختصاصی ایجاد کننده ایدز، این علائم عمومی به همراه برفک دهانی مشترکاً بعنوان عوارض وابسته به HIV تلقی میشدند. این دسته بندی پس از پیدایش و توسعه آزمایشات آنتی بادی کمتر مورد استفاده قرار میگیرد.

مشکلات جلدی و دهانی :

در بیماران آلوده به ویروس ایدز، مشکلات پوستی خفیف و متنوعی دیده میشود که گاهی ناشی از تشدید عفونتهای جلدی قبلی این بیماران است، ولی اکثراً این عفونتها جدید میباشند. در ماتیت سبوره ایک یکی از شایعترین

مسائل جلدی این بیماران است. این ضایعات خود را بصورت بثورات قرمز و فلس دار بر روی سرو صورت بیمار آشکار میسازد و ممکن است این بثورات تمامی بدن را فرا گیرد. سایر مشکلات شایع جلدی شامل عفونتهائی مانند کچلی کچاله ران، کچلی پا، کاندیدیازیس (بخصوص بر روی آلت تناسلی مرد و اطراف مقعد)، زرد زخم و زونا می باشد. عفونتهای تب خالی عود کننده غالباً مزاحمت بیشتری فراهم کرده و پایدار ترند و نسبت به گذشته بیشتر ظاهر میشوند. تشخیص و درمان این مسائل غالباً مشکل بوده و استفاده از کمک و ارجاع به متخصصین مربوطه در ابتدای کار الزامی است. درمان این نوع عفونتها معمولاً موفقیت آمیز است ولی غالباً این ضایعات مجدداً عود میکنند. مشکلات دهانی نیز شایع هستند. برفک دهانی اکثراً با استفاده از داروهای ضد قارچ موضعی کنترل میشوند. اما اگر استفاده از این داروها نتیجه بخش نبود بایستی از داروی کتوکانازول

سفید رنگ ز گیلی شکل بصورت برآمدگیهای در قسمتهای کناری زبان و گونه ظاهر میشوند. دلیل این ضایعات نامشخص است، ولیکن مطالعات با میکروسکپ الکترونیك پیشنهاد



شکل (ج)

میکند که يك ویروس (احتمالاً Epstein Barr و یا ویروس پاپیلوماى انسانی) ممکن است عامل آن باشد. اگرچه غالباً این ضایعات بدون درد هستند ولیکن ظاهر ناخوشایند آنها بسیاری از بیمارانش را ناراحت میکند. در این موارد استفاده از آسیکلوویر (Acyclovir) ممکن است تا حدی مفید باشد. سایر عفونتهای دهانی از جمله آبسه های دندانی، زخمهای دهان (تب خالی یا باکتریائی) و پوسیدگیهای پیشرفته دندان نیز دیده میشوند. چنانچه در مورد مسائل جلدی ذکر شد (جدول ۷). تشخیص و درمان این موارد نیز ممکن است مشکل باشد.

• علائم اصلی که همراه با عفونت HIV دیده میشوند شامل بد حالی، تب، عرق شبانه، کاهش وزن و اسهال می باشد که احتمالاً بصورت متناوب در بسیاری از افراد آلوده ظاهر میشود.

سیستمیک کمک گرفت. توسعه و ضخیم شدن غشاء مخاط دهان (Hairy leukoplakia) ظاهراً منحصر به بیمارانی است که به HIV آلوده هستند. این لکه های

بنابراین رعایت دائمی بهداشت دهان از اهمیت خاصی برخوردار میباشد.

مشکلات خونی.

مشکلات خونی شامل کاهش لنفوسیتها،

مشکلات خونی		
محل ضایعه	عامل	نوع ضایعه
کمانه ران یا سایر نواحی تناسلی - اطراف مقعد - سایر نواحی	کجلی کاندیدا پیتیریاریس ورسکولور	فارژی
	زود رخم فولیکولیت آکنهای	باکتریایی
دهانی - تناسلی - اطراف مقعد و سایر نواحی	تبخال ساده (تیب I و II) واریسلاروستر و بروس باپیلوما ای انسانی موسکولوم کوننازبوروم	ویروسی
	درمانتیت سورهایک	مغرفه
دهان		مشکلات دهانی : بوسدگی های دندانی آسها ایجاد زخم
دهان	آفب ، تبخال ، باکتریایی	بروک
دهان		Hairy Leukoplakia

جدول (۷)

نوتروفیلها و ترمبوسیتها و سرانجام کمخونی است. افزایش حساسیت به عفونت به کاهش لنفوسیتها نسبت داده میشود، ولی کاهش نوتروفیلها معمولاً متوسط بوده و باین امر مربوط نیست. کاهش ترمبوسیتها بعلت يك سری مکانیسمهای اتوایمیون ایجاد میشود که بر اثر آن اکثر بیماران دچار کاهش متوسط (و اکثراً زودگذر) پلاکتها شده و عده کمی از بیماران نیز تعداد پلاکتهاشان به کمتر از 20×10^9 در لیتر میرسد. این بیماران ممکن است دچار خونریزی خودبخودی شده و پیامدهای مصیبت آری بار آید. تا کنون درمانهای متنوعی شامل

انفوزیون پلاکت بمدت کوتاه، تزریق گاما گلوبولین و استروئیدها (با استفاده محدود بعلت افزایش خطر عفونت) و برداشتن طحال بکار گرفته شده است. کمخونی اینگونه بیماران خفیف بوده، ولی گاهی اوقات غلظت هموگلوبین آنها ممکن است بسیار پائین باشد. تزریق خون و تجویز مواد خونساز از ارزش محدودی برخوردار بوده و علت دقیق کمخونی هنوز کاملاً روشن نیست.

نشانه‌های پیش آگهی بیماری :

از مشکلترین مسائلی که پزشکان در برخورد با بیماران با HIV مثبت روبرو میشوند مسئله پیشگوئی پیشرفت بیماری بسمت ایدز میباشد. البته خصوصیات بالینی و علائم آزمایشگاهی بیماران هر دو به این پیشگوئی میتوانند کمک کنند. خصوصیات بالینی برای يك پیش آگهی بد شامل کاندیدیا یزیس دهانی، زونا،

مسائل خونی:

کاهش لنفوسیتها
کاهش نوتروفیلها
کاهش پلاکتها
کمخونی

Hairy leukoplakia، تب، بدحالی، اسهال و کاهش وزن میباشد.

علائم آزمایشگاهی مفید برای تشخیص عبارتند از کاهش لنفوسیتها، نوتروفیلها، ترمبوسیتها، کمخونی، بالارفتن سرعت

شواهد قانع کننده‌ای جهت اثبات نقش آنها وجود ندارد. احتمالاً زمان یکی از مهمترین این عوامل میباشد زیرا هر چه زمان آلودگی به HIV طولانیتر باشد احتمال پیشرفت بسمت ایدز افزایش میباشد.

سدیماناسیون اریتروسیته‌ها و یک سری علائم ایمنونولوژیکی بخصوص کاهش میزان T4 (لنفوسیت‌های کمک کننده) و کاهش ارزشهای میکروگلوبولین B2 میباشد (جدول ۸).
مطالعات اخیر نشان میدهد که کاهش یا

Hairy Leukoplakia برفك دهانی	علائم بالینی: علائم اساسی زونا
کاهش اینترفرون گاما کاهش جواب سیتوژنیک به میتوزن Pokeweed کاهش جواب اختصاصی سلولی HIV به HIV	علائم آزمایشگاهی: کمخونی کاهش سلولهای خونی بالا رفتن سرعت سدیماناسیون اریتروسیته‌ها کاهش لنفوسیت‌های CD4 افزایش لنفوسیت‌های CD8 افزایش IgA
کاهش Anti P24 افزایش Anti P24	

جدول (۸)

کنترل عمومی بیماران که دارای آنتی‌بادی مثبت HIV هستند.
مهمترین مسأله برای بیماران که از نظر آنتی‌بادی HIV مثبت هستند رازداری است. نگهداری این رازبا مشکلاتی همراه خواهد بود. بعنوان مثال خانواده یا دوستان بیمار ممکن است از نوع بیماری وی و یا در واقع نوع تمایلات جنسی وی مطلع نباشند. همکاران در محل کار (یا در مدرسه) ممکن است بدنبال اطلاعات

افت میزان آنتی‌بادی اختصاصی ویروسی که Anti-gag (Anti-P24) نامیده میشود عامل پیشگوئی کننده بسیار خوبی برای پیشرفت بعدی بیماری بسمت ایدز میباشد. بررسیهای زیادی بر روی نقش فاکتورهای جنبی (از جمله بیماریهایی که از طریق مقاربت جنسی منتقل میشوند و یا استفاده از داروهایی که در موارد تفریحی بکار میروند) در پیشرفت عفونت اولیه HIV صورت گرفته است. ولی

پزشکی در این مورد باشند (بخصوص چنانچه بیمار بدلیل بیماری خود استراحت از کار گرفته باشد). یا ممکن است بیمار نگران رسیدن غیر عمدی این اطلاعات به اشخاص ثالث باشد. در این مورد ممکن است احتیاط های بخصوصی لازم باشد. اول اینکه به بیمار از لحاظ رازداری اطمینان مجدد داده شود و در درجه دوم می بایستی انتشار نابجای اطلاعات محرمانه بیمار را محدود ساخت (البته این مساله رازداری بیمار اکنون لغو شده است).

حفظ رازداری
نشریات پزشکی
حمایت روانی (بیمار-خانواده-دوستان)
اجتناب از انتقال بیماری
سایر موضوعات (مثل درمان های
دندانهای بیمار، بیمه، کار یا مدرسه و غیره)

سار کوما می کاپوزی و یا عفونتهای فرصت طلب مثل ضایعات ارغوانی رنگ جلدی، تنگی نفس، سرفه، اختلال بلع، اسهال، کاهش وزن، تب، سردرد، غش و یا تغییرات هوشیاری مجدداً به پزشک مراجعه کنند.

همچنین به بیماران در مورد روشهای کاهش خطر انتقال بیماری به دیگران بایستی تذکر داده شود. کمک های روانی و عاطفی به بیمار، خانواده و دوستان وی دارای جنبه حیاتی در کنترل بیماران بوده و به تفصیل در قسمتهای بعد شرح داده خواهد شد. ممکن است از پزشکان درخواست شود تا در مورد معالجه دندانهای بیمار، بیمه و کار توصیه هائی کنند. به بیماران بایستی تذکر داده شود که با دندانپزشک خود در مورد عفونت فعلی صحبت نموده و بعضی مواقع لازم است که بیماران را به بخش های دندانپزشکی خاصی که به HIV و مشکلات مربوط بآن توجه دارند معرفی نمود.

بیمارانی که دارای آنتی بادی HIV هستند، غالباً با مشکل بزرگی برای قرارداد عقد بیمه مواجه میشوند. بعضی از شرکت های بیمه سوالات اختصاصی در مورد ویروس ایدز از بیماران کرده و از بیمه کردن افرادی که دارای آنتی بادی مثبت باشند خودداری می ورزند. بالاخره به بیماران بایستی گفته شود که دارا بودن آنتی بادی HIV هیچ مانعی برای استخدام آنها نیست و بعلت گستردگی تصورات غلطی که درباره عفونت زائی بیماران وجود دارد، بایستی اطلاعات راجع به وضع بیماران برای کارفرمایان افشا شود.

روش کنترل طبی عادی اینگونه بیماران معمولاً مشخص است. بیماران بایستی بطور مرتب مثلاً هر ۲-۳ ماه یکبار معاینه شوند. در هر معاینه وزن بیماران بایستی ثبت شده و توجه بخصوصی به مشکلات دهانی و پوستی بیماران مبذول شود و در صورت نیاز باید به متخصص مربوطه معرفی گردد.

تکرار شمارش کامل سلولهای خونی و اندازه گیری سرعت سدیمان تاسیون اریتروسیتها در هر نوبت معاینه بیمار معمولاً سودمند است. به بیماران بایستی توصیه شود که در صورت مشاهده علائم و نشانه های پیشرفت بسمت